

Magen- und Duodenalperforationen

**Statistische Untersuchungen am Patientengut des Stadt-
krankenhauses Wunsiedel mit besonderer Betonung
der Therapie mit Operationsmethodik in der Zeit
von 1955 bis 1969**

von

Chaker Irksoussi

aus

Damaskus

1970

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Magen- und Duodenalperforationen

Statistische Untersuchungen am Patientengut des Stadt-
krankenhauses Wunsiedel mit besonderer Betonung
der Therapie mit Operationsmethodik in der Zeit
von 1955 bis 1969

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Chaker Irksoussi

aus

Damaskus

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Schiefer

Referent: Prof. Dr. H. Bunte

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 22. 12. 1970

Meinem lieben verstorbenen Freund,

Nadim Khoury

gewidmet

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

II. Methodik und eigenes Material

1. Geschlechts- und Altersverteilung
2. Lokalisation
3. Therapie
4. Zeitspanne zwischen Perforation und Operation
5. Histopathologische Befunde
6. Dauer der Beschwerden
7. Operations - Methoden
8. Primäre Mortalität
9. Komplikationen

III. Besprechung der Ergebnisse mit Schlußfolgerungen

Zusammenfassung

Literaturverzeichnis

Einleitung

Die Perforation eines Magen - oder Duodenalulcus stellt eine akute Gefahr für den Patienten dar. Sie tritt dann ein , wenn ein geschwüriger Gewebsdefekt , der von der Schleimhaut des Magens oder Duodenums das Peritoneum erreicht, schließlich in die Bauchhöhle durchbricht. Je nach Lage und Beschaffenheit der pathologischen Öffnung und je nach Füllung des perforierten Hohlorgans treten mehr oder weniger Gas und Speisebrei aus. Da der Magen- und Duodenalinhalt beim Geschwürleiden in der Regel sauer reagiert , ist er praktisch steril , und es setzt zunächst eine aseptische Entzündung ein , die aber nach Stunden oder Tagen durch Infektion mit Darmkeimen kompliziert wird und in eine eitrige Peritonitis übergeht. Deshalb ist eine sofortige Therapie erforderlich, da die Prognose umso schlechter ist , je größer das Intervall vom Eintritt der Perforation bis zur Therapie . Vor genaueren diagnostischen Maßnahmen ist das Anlegen einer Magensonde bei entsprechenden Symptomen angezeigt . Den Eintritt der Perforation verspürt der Patient durch äußerst heftige Schmerzen im Abdomen . Die Atmung ist kostal und flach, das Zwerchfell wird nicht bewegt und auf der Stirn erscheinen Schweißperlen . Die Bauchdecke ist bretthart und über dem Geschwür sehr druckempfindlich.

Anfangs fehlen die Darmgeräusche, die später jedoch wiederkehren können . Etwas später folgen Reaktionen , bei denen die Symptome der Peritonitis mit gleichzeitigem Schock vorherrschen. Puls und Temperatur steigen an, der Blutdruck sinkt ab . Das Abdomen wird aufgetrieben, und die Bauchdeckenspannung läßt etwas nach . Die Druckempfindlichkeit kann sich verlagern, entweder in den rechten Unterbauch oder kann das ganze Abdomen umfassen. Als Begleiterscheinung des Fiebers tritt immer eine Leukozytose auf. Röntgenübersichtsaufnahmen zeigen oft Luftansammlung in Form subdiaphragmaler "Luftsicheln" unter dem Zwerchfell. Bei subakuten oder chronischen Perforationen ist das klinische Bild weniger dramatisch , ja kann sogar symptomlos verlaufen , was jedoch wesentlich seltener der Fall ist . Was nun die Therapie angeht, so stehen folgende Möglichkeiten zur Auswahl :

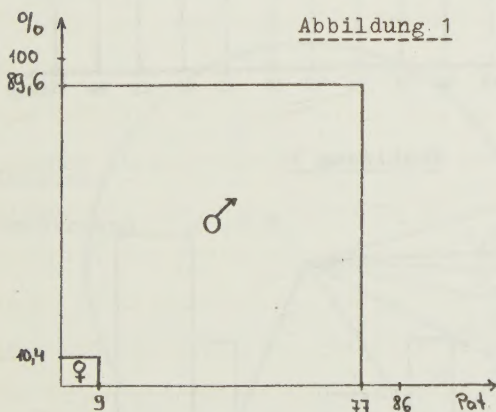
- 1.) Die konservative Therapie : Aspiration nach Taylor, die darin besteht , daß man den Magen mittels einer Magensonde entleert, den Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt durch Infusionen reguliert, Antibiotika verabreicht und lokal eine Eisblase gibt.
- 2.) Die chirurgische Therapie mit den beiden Alternativen: Primäre Resektion und Übernähung mit oder ohne Vagotomie.

Methodik und eigenes Material

In den Jahren von 1955 bis einschließlich 1969 wurden am Stadtkrankenhaus Wunsiedel insgesamt 1384 Magenoperationen durchgeführt. Darunter befanden sich die 86 Patienten mit Perforation, die ausnahmslos einer chirurgischen Therapie zugeführt wurden. Dies entspricht 6,1% der Magen- und Duodenalleiden.

Geschlechts- und Altersverteilung

Der Anteil der männlichen Patienten war, wie aus der Abb. 1 hervorgeht, erheblich größer und ergab das Verhältnis männlich : weiblich = 8,6 : 1



Was die Altersverteilung angeht, so ergaben sich bei den männlichen Patienten zwei Gipfel zwischen dem 30.- 35. und dem 60.- 65. Lebensjahr (Abb.2). Bei Frauen lag der Gipfel zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr (Abb.3). Der jüngste Patient war 16, der älteste 74 Jahre alt.

Abbildung 2

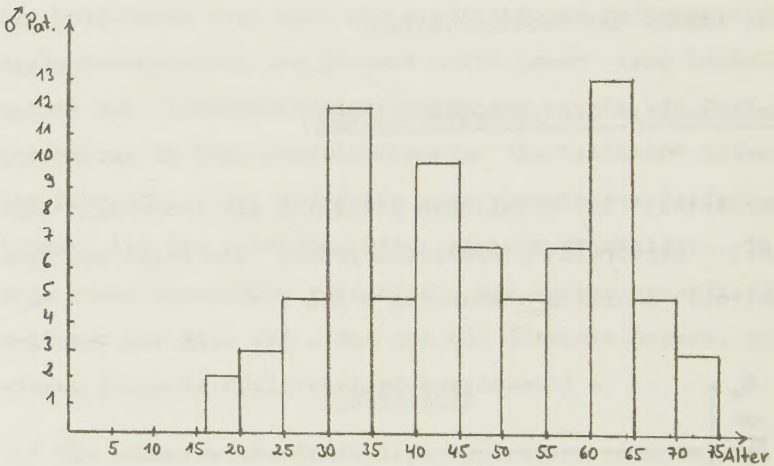
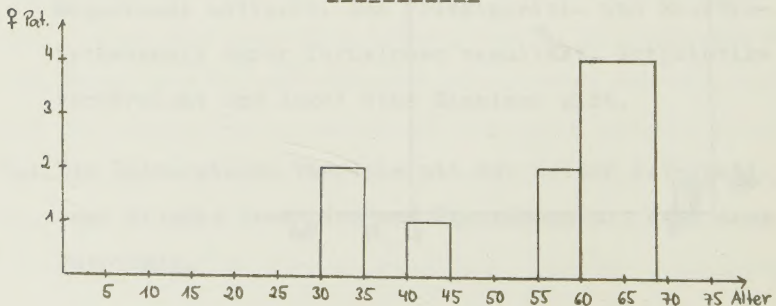


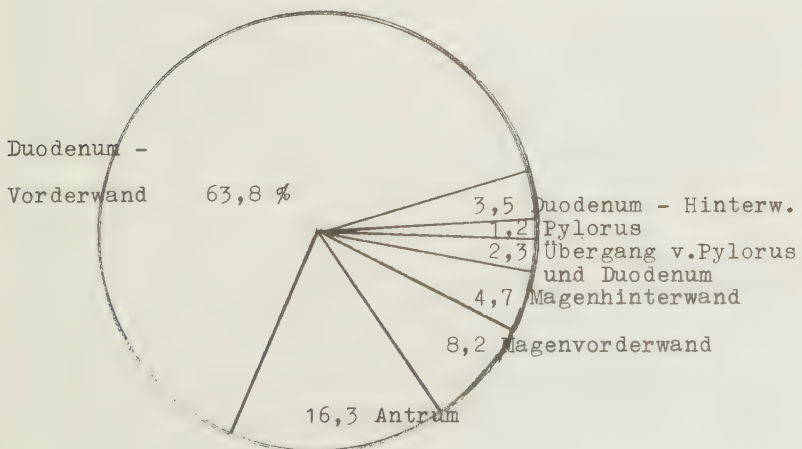
Abbildung 3



Lokalisation

Abbildung 4 zeigt, daß die Perforation in 67,3% der Fälle am oberen Duodenum erfolgte, wobei die Perforationsöffnung in der Regel an der Vorderwand lag, d.h. von 58 Patienten erfolgte bei nur 3 Patienten der Durchbruch an der Hinterwand. In 29,2 % der Fälle war die Öffnung im Magen, wovon 16,3 % in dem Antrum und der restliche Teil im Corpus lokalisiert war. Letztere perforierten alle bis auf vier Ausnahmen in der Vorderwand. Bei noch verbleibenden drei Patienten erfolgte einmal die Perforation im Pyloruskanal in Richtung der Minorseite und zweimal am Übergang von Pylorus zum Bulbus duodeni.

Abbildung 4



Therapie

Am Stadtkrankenhaus Wunsiedel wurde bei 72 Patienten primär reseziert, d.h. bei 83,7%. 6 Patienten, bei denen sich nach vorausgegangener Übernähung an anderen Krankenhäusern ein perforierendes Carcinom ausgebildet hat, erwiesen sich als inoperabel. Die weiteren 8 Patienten, d.h. 9,3 % wurden auf Grund ihrer momentan schlechten Kreislaufverhältnisse übernährt, und drei von ihnen im nachfolgenden Zeitraum von 4 - 8 Wochen sekundär reseziert. Drei Patienten befolgten den Rat zur sekundären Resektion nicht. Zwei Patienten verstarben.

Tabelle 1

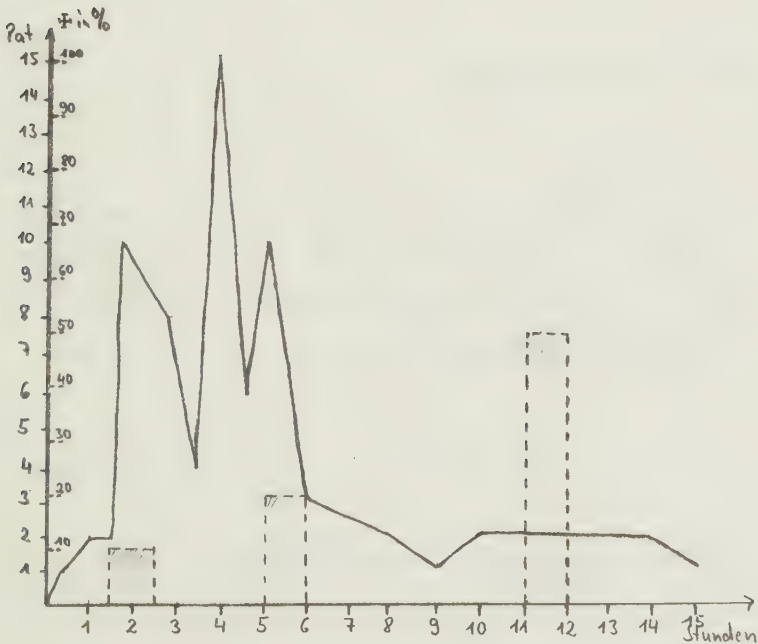
	Pat.	%
primäre Resektion	72	83,7
Übernähung	8	9,3
sekundäre Resektion nach Übernähung	3	

Zeitspanne zwischen Perforation und Operation

Die durchschnittlich verstrichene Zeit zwischen Perforation und der operativen Behandlung lag bei den primär

resezierten Patienten bei 4 Stunden und 16 Minuten, während bei den durch Übernähung behandelten Patienten 12 Stunden und 37 Minuten vergingen. Abbildung 5 zeigt die Abhängigkeit der verstrichenen Zeit von der Anzahl der Patienten, wie auch die Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Anzahl der bis zum Beginn der Therapie verstrichenen Stunden.

Abbildung 5



Aus Tabelle 2 ersieht man den Zeitverlust zwischen Perforation und Übernähung.

Tabelle 2

Patienten :	1	2	1	1	1	1	1
Stunden :	4	6	8	14	18	24	27

durchschnittliche Dauer : 12 Stunden 37 Minuten

Histopathologische Befunde

Die histopathologische Untersuchung der 86 perforierten Magen- und Duodenalulcera ergab bei 90,7% der Patienten ein chronisch - peptisches Geschwür, bei 7 % ein Magencarcinom , und in 2,3 % lag eine Perforation durch ein akut aufgetretenes Ulcus vor.

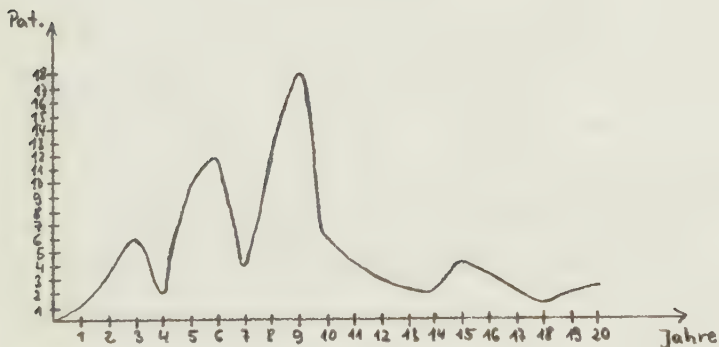
Tabelle 3

	Pat.	%
chronisch - peptisches Ulcus	78	90,7
Magen - Carcinom	6	7,0
akutes Ulcus	2	2,3

Dauer der Beschwerden

Nach eigenen Angaben , wie aus den Anamnesen zu ersehen ist, klagen 83,7 % der an perforiertem Magen- und Duodenalleiden behandelten Patienten seit mehr als 5 Jahren über Magenbeschwerden. Abbildung 6 stellt die Dauer der Beschwerden in Abhängigkeit von der Anzahl der Patienten dar.

Abbildung 6



Operations - Methoden

An unserem Krankenhaus wurden bei primärer Resektion drei Operationsmethoden angewandt :

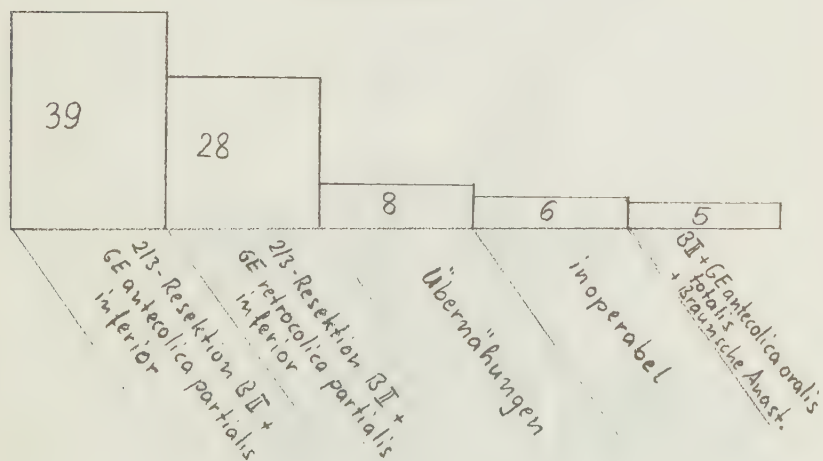
- 1.) 2/3 Resektion nach Billroth II mit GE retrocolica partialis inferior

- 2.) 2/3 Resektion nach Billroth II mit GE antecolica partialis inferior
- 3.) 3/4 bis subtotale Resektion nach Billroth II mit GE antecolica oralis totalis

Nach entsprechender Vorbereitung des Patienten mit Cardiac, Elektrolytlösungen und Anlegen einer Nasenmagensonde wird in Intubationsnarkose operiert. Mittels eines medianen Schnittes, der vom Nabel bis zum processus xiphoideus reicht, wird der Bauch eröffnet und sofort nach Absaugen der serösen Flüssigkeit als erstes die Perforationsöffnung, vorausgesetzt, es handelt sich um Magenperforation, aufgesucht und übernäht, um ein weiteres Auslaufen des Mageninhalts zu vermeiden. Nach Skelettierung des Magens und Lösung der Verwachsungen, die besonders häufig bei Duodenalperforationen vorhanden sind, wird nach Abtrennung des Duodenums der Stumpf mit Hilfe einer Payerschen Klemme oder eines Petzschens Nähapparates mit fortlaufenden U-Nähten verschlossen. Sitzt das Duodenalulcus zu tief, und gelingt das Anlegen der Payerschen Klemme nicht, so wird der Stumpf mit fortlaufender Dreischichtennaht verschlossen. Anschließend erfolgt eine Tabaksbeutelnaht, Naht nach Schmieden oder Lembertsche Einstülpungsnähte und Deckung des Stumpfes mit Netz mit darauffolgender Drainage in der Loge des Duodenalstumpfes mit einem Gummirohr.

Bis 1961 wurde dann die 2/3 Resektion nach Billroth II mit einer GE retrocolica partialis inferior (siehe Abb.8) durchgeführt. Ab 1961 wurde die 2/3 Resektion nach Billroth II mit GE antecolica oralis partialis inferior jeweils ohne Braunsche Anastomose bevorzugt (Abb.9). In den wenigen Fällen, wo eine höhere Resektion erforderlich war, fand die Operationsmethode nach Krönlein, d.h. Resektion nach Billroth II mit GE antecolica oralis totalis mit Braunscher Anastomose statt.

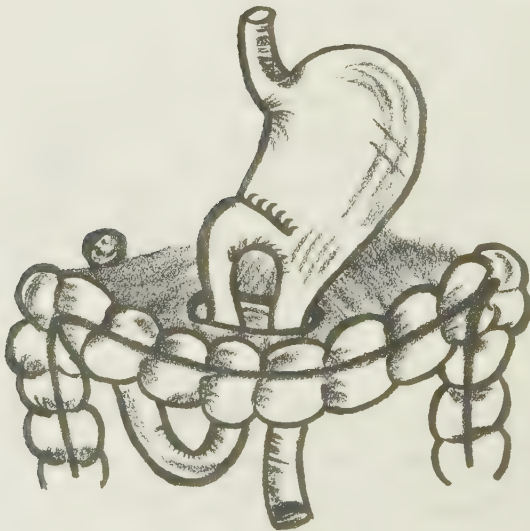
Abbildung 7



ad 1.) Abbildung 8 zeigt die Art der Anastomosierung zwischen Magenstumpf und Jejunum. Der untere Teil des Magenquerschnittlumens wird mit der 1. Jeju-

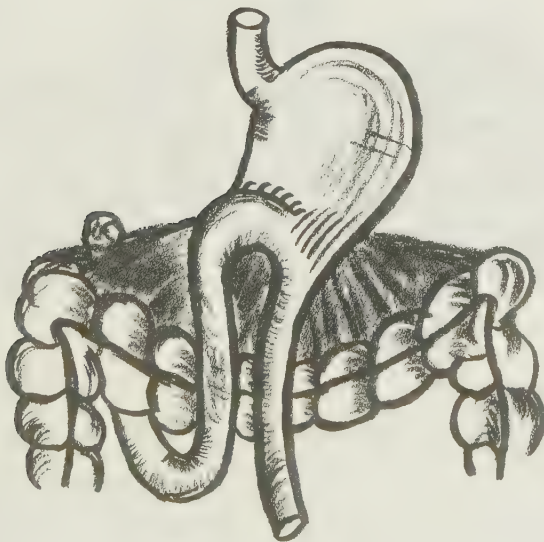
numschlinge, nachdem diese durch eine schlitzförmige Öffnung im Mesocolon transversum gezogen wurde , durch fortlaufende Serosa - Serosanähte verbunden. Anschließend erfolgt die Durchtrennung der Serosa und Muskularis mit Unterbindung der Gefäße . Nach weiterer Durchtrennung der Mucosa mit dem Elektrocauter wird der Restmagen mit dem entsprechenden Teil des Jejunums durch Dreistichnähte nach Mikulicz anastomosiert . Dann werden Serosa und Serosa nach Lembert mit breitflächigen Nähten aneinandergeheftet.

Abbildung 8



ad 2.) Abbildung 9 zeigt schematisch die Darstellung der Anastomosierungsmethode bei 2/3 Resektion nach Billroth II mit GE antecolica partialis inferior , die ab 1961 angewandt wurde. Bei beiden Operationsmethoden wird , wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, die zuführende Dünndarmschlinge bis an die kleine Krümmung angeheftet.

Abbildung 9



ad 3.) Bei nur fünf Patienten wurde die Resektion nach Krönlein mit GE antecolica oralis totalis mit Braunscher Anastomose durchgeführt, da eine höher sitzende Perforationsstelle eine $\frac{3}{4}$ bis subtotale Resektion erforderlich machte. (Abbildung 10)

Abbildung 10



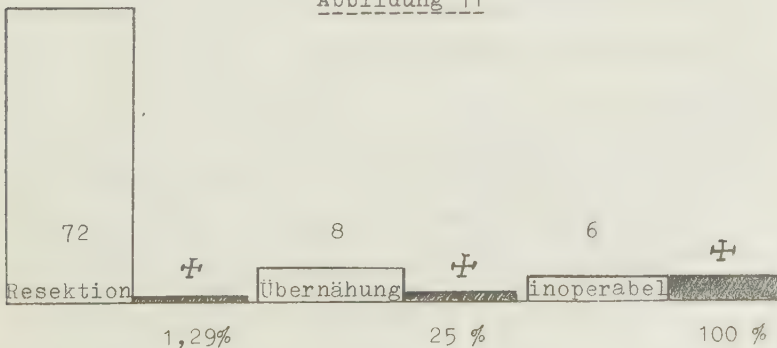
Bei 8 Patienten erfolgte die Übernähung der Perforationsstelle ebenfalls durch einen vom processus xyphoideus bis zum Nabel reichenden Medianschnitt mittels 2-fachen Tabaksbeutelnähten. Vor Verschuß der Bauchhöhle wird mit einer großen Menge physiologischer NaCl und PMS- Lösung nach Zenker gespült, werden 2 Gummidrainagen

ingelegt , wovon die erstere wie oben beschrieben für 48 Stunden in Höhe des Duodenalstumpfes verbleibt. Die 2.Drainage wird für einige Tage durch Einstich über der Symphyse in den Douglasraum gelegt.

Primäre Mortalität

Die gesamte primäre Mortalität , betrachtet unabhängig von der durchgeführten Operationsart,ergab 10,47%, d.h. von 86 verstarben 9 Patienten . 6 Patienten kamen auf Grund ihrer inoperablen Carcinome ad exitum . Abhängig vom Operationsverfahren ergaben sich jedoch einige Unterschiede: Von den 72 Patienten , die primär reseziert wurden, kam nur ein Patient ad exitum, das sind 1,29 %. Bei der Übernähung verstarben von acht Patienten zwei, d.h. 25,0 %. Die in der Literatur angegebene Mortalität schwankt zwischen 5 und 28 %.

Abbildung 11



Komplikationen

Postoperative Komplikationen traten in insgesamt 22,1 % der Fälle auf. Es waren in der Hauptsache:

1.) Kreislaufkollaps	bei 3 Patienten
2.) Pankreatitis	1
3.) Nachblutungen	2
4.) Nahtdehiszenz	1
5.) Pneumonie	5
6.) Wundheilung per sekundam	7

ad 1.) Bei drei Patienten trat postoperativ die Symptomatik einer erheblichen Peritonitis mit Fieber, flacher Atmung und Tachykardie sowie Blutdrucksenkung auf, die einen Kreislaufkollaps herbeiführten. Die sofortige Infusionstherapie in Kombination mit Cardiaka und Antibiotika konnte bei den Patienten einen völligen Kreislaufzusammenbruch verhindern, und ihr weiterer Heilungsverlauf war komplikationslos.

ad 2.) Ein 37-jähriger Alkoholiker erbrach am 2. postoperativen Tag heftig, klagte über erhebliche Schmerzen im gesamten Oberbauch und bekam kalten Schweiß auf der Stirn. Die Palpation ergab ein bretthart - gespannten Oberbauch bei auskultato-

risch normalen Darmgeräuschen. Die Leukozytenwerte waren um 20000, Diastase im Harn 1024 WE. Nach hohen Dosen Trasylol, Antibiotica, Dauertropfinfusionen, Cardiacs und Kreislaufanaleptica besserte sich der Zustand des Patienten im Laufe von 14 Tagen, und er konnte mit normalen Diastasewerten entlassen werden.

ad 3.) Am 5. und 7. postoperativen Tag kam es bei einem 68 - jährigen und 42 - jährigen Patienten nach primärer Resektion zu einer akuten Blutung aus dem Mund. Die Hämoglobinwerte sanken erheblich ab bis auf Werte um 49 bzw. 45 %. Es wurde dann mit Hämostyptika, Bluttransfusion und mit makromolekularen Plasmaexpandern behandelt. Unter dieser Therapie konnten die Blutungen gut beherrscht werden.

ad 4.) 14 Stunden nach der Operation kam es nach einem plötzlichen Hustenstoß bei einem 39 - jährigen Patienten zu starken Schmerzen im Oberbauch. Der Patient kollabierte. Es wurde eine sofortige Re-laparatomie vorgenommen. Nach Eröffnung der Hautnähte oberhalb des Nabels fanden sich unter der Haut am unteren Pol der Laparatomienarbe große Blutkoagula. Die Fascien und Peritoneumnähte

waren in dieser Höhe insuffizient und dieser Unterhautraum kommuniziert mit der Bauchhöhle. Nach Austupfen der Bauchhöhle und Unterbindung der kleinen subkutan blutenden Gefäße erfolgte erneuter Verschuß der Bauchdecke.

ad 5.) Fünf Patienten im Alter von 64 bis 72 Jahren bekamen in der Zeit vom 3.-8. postoperativen Tag infolge ihrer zum Teil erheblichen Adipositas und damit verbundenen Hypoventilation der Lunge und anamnestisch bekannten chronischen Bronchitis eine hypostatische Pneumonie, die jedoch in allen Fällen mit entsprechender Behandlung gut beherrscht werden konnte.

ad 6.) Wundheilungskomplikation stellte mit 7 Patienten die häufigste der postoperativen Komplikationen dar. Sie trat in Form von kleinen Wundeiterungen, Fadenfisteln und kleinen Nahtdehiszenzen an der Ausgangsstelle der Drainage auf.

Besprechung der Ergebnisse mit Schlußfolgerungen

Von den 86 Patienten, die infolge von Magen- und Duodenalperforation im Städtischen Krankenhaus Wunsiedel behandelt wurden, war der Anteil der weiblichen Patienten erheblich hinter dem der Männer . Dieses ist nicht besonders erstaunlich , da ja das Ulcusleiden in den meisten Fällen zur Perforation führte und wie bekannt Magen-und Duodenalulcera mehr Domäne des männlichen als des weiblichen Geschlechts sind.

Die Altersverteilung zeigt zwei bevorzugte Altersgipfel bei dem männlichen Geschlecht, nämlich zwischen dem 30. und 35., sowie zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr, wogegen die erkrankten weiblichen Patienten einen Altersgipfel zwischen dem 60. und 68. Lebensjahr aufwiesen. Das bei den meisten Autoren angegebene häufigste Erkrankungsalter lag zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr (1, 3,9) .

Der häufigste Ort des Perforationsgeschehens stellte das Duodenum dar, d.h. 67,3 % der Fälle, wobei die Vorderwand erheblich dominierte: 63,8 % . 3,5 % der Perforationen spielten sich an der Hinterwand des Duodenums ab, und 2,3 % im unmittelbaren Abschluß an den Pylorus. Die übrige Perforationslokalisation war auf den Magen beschränkt , wobei die Durchbruchsstelle vorwiegend im Antrumbereich lag.

Die Methode der Wahl in der Behandlung der Perforation war an unserem Krankenhaus die primäre Resektion , und nur in Ausnahmefällen wurde übernäht, bei Patienten also, deren Allgemeinzustand von Seiten des Herzens und des Kreislaufes oder hohen Alters sehr stark beeinträchtigt war , und die die zeitlich länger dauernde primäre Resektion mit großer Wahrscheinlichkeit nicht überlebt hätten.

Wie bekannt stehen verschiedene Behandlungsmethoden zur Verfügung. Die vielumstrittene Frage: Primäre Resektion oder Übernähung ist bis zum heutigen Tage noch nicht vollständig geklärt (4) . Außer der Übernähung und der primären Resektion finden sich in der Literatur weitere Methoden zur Behandlung des perforierten Ulcus (8). Bei der ersten handelt es sich um die konservative Aspirationsbehandlung , bei der zweiten um die Übernähung mit primärer oder sekundärer Vagotomie . Die konservative Behandlung beruht auf ständiger Aspiration des Mageninhaltes, parenterale Flüssigkeitszufuhr, Bluttransfusionen, Cardiacs, Antibiotica und Ruhigstellung der Peristaltik mit Narcotica. Nach unserer Meinung und durch unsere Erfahrung bestätigt , soll die konservative Methode nur angewendet werden zur Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Kreislaufverhältnisse ; ist dies erreicht, dann sofortige Operation . Die Übernähung mit primärer

oder sekundärer Vagotomie stellt eine mit gefährlichen Komplikationen behaftete Methode dar (5). Es kommt zu erheblichen Entleerungsstörungen des Magens mit starker akuter Dilatation infolge Wegfalls des Vaguseinflusses auf die Magenperistaltik. Diese Erscheinungen werden durch die Perforation mit Peritonitis noch potenziert. Zu den weiteren unangenehmen Komplikationen nach Vagotomie gehören massive, oft tödliche Blutungen aus einem nicht ausgeheilten Ulcus (8). In 50% ist bei Vagotomierten die Darmperistaltik beschleunigt, und es kommt zu Durchfällen; ferner können Ösophagusspasmen auftreten. Die größte Gefahr nach Vagotomie ist jedoch die maligne Entartung. Die Operationsdauer bei Übernähung mit Deckung durch Netzzipfel und mit primärer Vagotomie ist nicht wesentlich kürzer als die bei primärer Resektion. Letztere belastet den Patienten nur unwesentlich mehr, beseitigt jedoch die Krankheitsursache vollkommen (4). Bei der Übernähung kommt es unter Belassung des eigentlichen Krankheitsherdes in erster Linie darauf an, durch Behebung der Peritonitis den augenblicklichen, lebensbedrohlichen Zustand zu beseitigen (7). Nach unserer Meinung sollte nur bei Patienten mit schlechten Kreislaufverhältnissen, die voraussichtlich eine langdauernde Operation nicht überstehen würden, die Übernähung durchgeführt werden. Nach Besserung des Allgemeinzustandes

wird bei uns eine 2/3 Resektion vorgenommen, da bei der Übernähung in 24 bis 85,3% Rezidive auftreten. Es kommt gleich nach der Operation zu tödlichen Blutungen oder zu neuen Perforationen ohne vorherige Ulcusbeschwerden. Außerdem ist der carcinomatösen Entartung mit 2 - 5 % Rechnung zu tragen (1,3,4) . Nicht zuletzt stellen die nochmaligen Ulcusbeschwerden mit sich anschließenden Rollkuren , die Angst vor einer nochmaligen Operation einen wichtigen sozialen Faktor dar.

In unserem Krankengut wurden 6 histopathologisch gesicherte Entartungen gefunden,nach Übernähungen außerhalb des Hauses in einem Zeitraum von 3 - 21 Jahren.

Wie schon gesagt , wurde bei uns die primäre Resektion bevorzugt,und zwar herrschte bis 1961 die 2/3 Resektion nach Billroth II mit einer GE retrocolica partialis inferior vor . Ab 1961 wurde die 2/3 Resektion nach B II mit GE antecolica partialis inferior bevorzugt , aus zweierlei Gründen : Erstens wird bei letzterer Methode die Operationszeit verkürzt,was einen wesentlichen Faktor bezüglich der schon verhältnismäßig risikoreichen Operation darstellt , zweitens besteht die Möglichkeit, daß durch einen zu weiten Schlitz im Mesocolon transversum eine Duodenalschlinge eingeklemmt und inkarziert wird.

Das zur histologischen Untersuchung eingesandte Resek-

tionsgut brachte in 90,7 % der Fälle das Ergebnis chronischer Ulcera, bei 7 % ein Magencarcinom, und in 2,3 % lag eine Perforation durch ein akut auftretendes Ulcus vor. Dies stimmt mit der anamnestisch nachweisbaren Dauer der Ulcusbeschwerden überein, über die 83,7 % der Patienten seit mehr als 5 Jahren klagten.

Die primäre Mortalität betrug 10,5 %, wobei sich auch die 6 Patienten mit Magencarcinom befanden. Im Grunde genommen kamen also nur 1,2% bei der primären Resektion und 2,3 % bei den übernähten Patienten ad exitum.

An postoperativen Komplikationen, die bei uns in 22,1 % der Fälle auftraten, fanden sich mit Ausnahme der Pankreatitis übliche Komplikationen, wie sie auch bei anderen operativen Eingriffen häufig vorkommen. Dabei muß man jedoch in Betracht ziehen, daß erstens nach Perforationen die Patienten in kürzester Zeit operiert werden, zweitens die immer vorhandene Begleitperitonitis und drittens die dem zweiten Altersgipfel entsprechenden Patienten zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr.

Zusammenfassung

Nach einer allgemeinen Einführung über Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie werden an Hand der 86 Patienten , die im Zeitraum von 1955 bis einschließlich 1969 an Magen-und Duodenalperforationen erkrankten und im Stadtkrankenhaus Wunsiedel behandelt wurden, Geschlechts- und Altersverteilung, Lokalisation, Therapie mit Operationsmethoden, Histopathologische Befunde, primäre Mortalität und Komplikationen statistisch erfaßt. Anschließend erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse und mögliche Schlußfolgerungen.

Literaturverzeichnis

1. Pol.PRZEGL: Evaluation of results of treatment of perforated gastric and duodenal ulcers. Swica S, et al. 40:1449-52 Dec. 68
2. A.SOLTYSIAK: Vagotomy and drainage procedures in Perforated duodenal ulcer. Policlinico 74:1199-8 1967
3. D.M.DALGAT: Zur Frage der Behandlung durchgebrochener Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms. Chirurgija, Moskva. 1961. Heft 2
4. P.B.NORBERG: Zur Frage der perforierten Magen - und Duodenalgeschwüre. Goteborg. Zbl.Chirurg. 1960 Heft 3
5. H.WENDEROTH: Perforation der Magen - und Duodenalgeschwüre. Klinik der Gegenwart 1968. S.E 598 Band VIII
6. HEGEMANN: Problematisches in der Chirurgie des Magen- und Duodenalgeschwürs. Chirurg. 35,256 (1964)
7. J.HELLER: Ergebnisse operativer Behandlung des ulcus perforatum ventriculi et duodeni. 7. 315 1968
8. J.DZIADEK: Zur Therapie des perforierten Magen - und Duodenalgeschwürs. Übernähung oder primäre Resektion? Zbl. Chirurg. 1954 Heft 48

9. V.A.SAMSONOV: Clinico -anatomical Analysis of Perforating ulcers associated with gastroduodenal hemorrhage. Chirurgija Moskva 43:21-6 März 67
10. W.LEES: Perforation of duodenal diverticulum and subsequent Obstruction of afferent and efferent loops of a gastro - enterostomy. Brit. Clin Pract 20:430-3 August 1966

Lebenslauf

Am 14.3.1939 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Abdul - latif und seiner Ehefrau Scharifa , in Damaskus geboren. Die Volksschule besuchte ich von 1945 - 1950, anschließend den naturwissenschaftlichen und physikalischen Zweig des Realgymnasiums , wo ich 1958 das Diplomabitur ablegte.

Ich hatte den Wunsch, im Ausland Medizin zu studieren. Im Januar 1959 kam ich nach Deutschland , wo ich zu nächst am Goethe - Institut in München die deutsche Sprache erlernte . Noch im gleichen Jahr habe ich mein Medizinstudium an der Universität Erlangen begonnen. Im Juli 1960 habe ich die "Naturwissenschaftliche Vorprüfung," im August 1964 die " Ärztliche Vorprüfung " und nach 6 klinischen Semestern die "Ärztliche Prüfung " bestanden.

Meine Medizinalassistentenzeit absolvierte ich vom 1.1.1968 bis zum 15.6.1970 in Minden , Wunsiedel und Waldsassen .

Seit dem 15.6.1970 bin ich als Assistenzarzt im Kreis-krankenhaus Waldsassen tätig und beabsichtige , Facharzt für Innere Medizin zu werden.

Chaker Irksoussi

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990